**DEMANDE DE STAGE D’INTERNE
HORS INTERRÉGION OU HORS RÉGION\* D’ORIGINE**

**INTERNAT DE SPÉCIALITÉ**

**Arrêté du 23 avril 2012 (dernière modification 3 mars 2016) portant organisation pour le troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques et de biologie médicale de la répartition des postes, de l'affectation des internes et du déroulement des stages particuliers.**

**Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine**

**Arrêté du 4 octobre 2019 portant organisation du troisième cycle long des études pharmaceutiques**

**CONDITION À REMPLIR PAR L’INTERNE** : avoir déjà validé deux stages au sein de l’Interrégion d’origine.

Pour les internes du nouveau régime : stage(s) à réaliser au cours de la phase d’approfondissement.

Dès l’initiative de sa demande, l’interne doit impérativement en informer le coordonnateur local (Lille) du DES concerné.

**DOSSIER DE CANDIDATURE** : la constitution du dossier comprend :

* **Annexe 1** : la demande de l’intéressé(e) (page 2)
* **Annexe 2** :
* une lettre de demande motivée (page 3)
* un CV
* un relevé individuel des stages (obtention auprès de l’ARS)
* **Annexe 3** : le projet de stage (page 4)
* **Annexe 4a** : l’avis du coordonnateur interrégional du DES de la région d’origine (page 5)

 **ou**

* **Annexe 4b**:seulement pour les internes du nouveau régime : l’avis de la commission locale du DES

 de la subdivision d’origine (page 6)

* **Annexe 5** : l’avis du responsable du lieu de stage agréé de l’organisme d’accueil (page 7)
* **Annexe 6** : l’avis du coordonnateur du DES de la subdivision d’accueil (page 8)
* **Annexe 7**: l’avis du directeur de l’établissement hospitalier ou de l’organisme d’accueil (page 9)
* **Annexe 8** : l’avis et accord du directeur de l’UFR de la région d’origine (page 10)

Les annexes **1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 6 et 7 remplies et signées** ainsi que les annexes **4a ou 4b et 8 juste remplies\*** (version papier **et** électronique en 1 seul fichier) **doivent être adressées au :**

**Secrétariat de l’Internat**

Faculté de Pharmacie de Lille - 3 rue du Professeur Laguesse - BP 83 - 59006 Lille Cedex

pharma-scol-des@univ-lille.fr

**au plus tard le :**

* **30 novembre de l’année n-1 pour les stages démarrant en mai de l’année n**
* **31 mai de l’année n pour les stages démarrant en novembre de l’année n**

* Tous les dossiers envoyés après ces dates seront non recevables.
* Après examen des avis recueillis, l’accord est donné pour un semestre seulement.

 **\*** La gestionnaire se chargera des signatures des annexes 4 et 8

Des modalités particulières peuvent être adoptées par certaines facultés (avis complémentaires, date limite de dépôt des dossiers…). L’étudiant devra se renseigner auprès de la faculté d’accueil.

## ANNEXE 1

### DEMANDE DE L’INTERESSÉ(E):

Nom et Prénom :

Adresse personnelle :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Année de promotion (début internat) :

Rang de classement au concours :

Discipline d’affectation (DES) :

Période souhaitée : mai à novembre 20\_\_\_

 novembre 20\_\_\_ à mai 20\_\_\_

**VILLE DEMANDÉE** :

**ÉTABLISSEMENT DEMANDÉ** :

**SERVICE DE** :

**NOM DU CHEF DE SERVICE D’ACCUEIL :**

## ANNEXE 2

### MOTIVATION DE LA DEMANDE :

(Obligatoirement argumentée)

 Fait à le,

 Signature de l’intéressé(e)

## ANNEXE 3

### LE PROJET DE STAGE :

### LE PROJET POST-INTERNAT (*à titre indicatif)* :

## ANNEXE 4a

**DEMANDE DE STAGE HORS INTERRÉGION D’ORIGINE**

**INTERNAT DE SPÉCIALITÉ**

**AVIS DU COORDONNATEUR INTERRÉGIONAL DE LA RÉGION D’ORIGINE**

NB : cette annexe **ne concerne pas** les internes du nouveau régime

Demande de stage hors Interrégion d’origine :

de Mme/Mr

Interne inscrit(e) dans le DES de :

Demande de stage d’internat dans la subdivision de :

Pour le semestre de à

**AVIS DU COORDONNATEUR INTERRÉGIONAL
DE LA RÉGION D’ORIGINE :**

Avis : 🞎 favorable 🞎 défavorable

Nom du coordonnateur interrégional de la région d’origine :

Date :

Cachet et signature :

## ANNEXE 4b

**DEMANDE DE STAGE HORS RÉGION D’ORIGINE (NOUVEAU RÉGIME)**

**INTERNAT DE SPÉCIALITÉ**

**AVIS DE LA COMMISSION LOCALE DU DES
DE LA SUBDIVISION D’ORIGINE**

NB : cette annexe **ne concerne que** les internes du nouveau régime

Demande de stage hors région d’origine :

de Mme/Mr

Interne inscrit(e) dans le DES de :

Demande de stage d’internat dans la subdivision de :

Pour le semestre de à

**AVIS DE LA COMMISSION LOCALE DU DES
DE LA SUBDIVISION D’ORIGINE :**

Avis : 🞎 favorable 🞎 défavorable

Nom de la(du) président(e) de la commission locale du DES de la subdivision d’origine :

Date :

Cachet et signature :

## ANNEXE 5

**DEMANDE DE STAGE HORS INTERRÉGION OU HORS RÉGION (NOUVEAU RÉGIME) D’ORIGINE**

**INTERNAT DE SPÉCIALITÉ**

**AVIS DES AUTORITÉS DE L’ÉTABLISSEMENT D’ACCUEIL**

**RESPONSABLE (pharmacien ou médecin) DU LIEU DE STAGE AGRÉÉ**

Demande de stage hors Interrégion ou hors région (DES nouveau régime) d’origine :

de Mme/Mr

Interne inscrit(e) dans le DES de :

Demande de stage d’internat dans la subdivision de :

Pour le semestre de à

**AVIS DU RESPONSABLE (pharmacien ou médecin)
DU LIEU DE STAGE AGRÉÉ :**

Avis : 🞎 favorable 🞎 défavorable

Nom du responsable :

Date :

Cachet et signature :

## ANNEXE 6

**DEMANDE DE STAGE HORS INTERRÉGION OU HORS RÉGION (NOUVEAU RÉGIME) D’ORIGINE**

**INTERNAT DE SPÉCIALITÉ**

**AVIS DU COORDONNATEUR DU DES DE LA SUBDIVISION D’ACCUEIL**

**DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT HOSPITALIER OU DE L’ORGANISME D’ACCUEIL**

Demande de stage hors Interrégion ou hors région (DES nouveau régime) d’origine :

de Mme/Mr

Interne inscrit(e) dans le DES de :

Demande de stage d’internat dans la subdivision de :

Pour le semestre de à

**AVIS DU COORDONNATEUR DU DES DE LA SUBDIVISION D’ACCUEIL** :

Avis : 🞎 favorable 🞎 défavorable

Nom du coordonnateur de DES de la subdivision d’accueil :

Date :

Cachet et signature :

## ANNEXE 7

**DEMANDE DE STAGE HORS INTERRÉGION OU HORS RÉGION (NOUVEAU RÉGIME) D’ORIGINE**

**INTERNAT DE SPÉCIALITÉ**

**AVIS DES AUTORITÉS DE L’ÉTABLISSEMENT D’ACCUEIL**

**DIRECTEUR DE L’ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER OU DE L’ORGANISME D’ACCUEIL**

Demande de stage hors Interrégion ou hors région (DES nouveau régime) d’origine :

de Mme/Mr

interne inscrit(e) dans le DES de :

demande de stage d’internat dans la subdivision de :

Pour le semestre de à

**AVIS DU DIRECTEUR DE L’ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER**

**OU DE L’ORGANISME D’ACCUEIL** :

Demande : 🞎 favorable 🞎 défavorable

Nom du directeur :

Date :

Cachet et signature :

## ANNEXE 8

**DEMANDE DE STAGE HORS INTERRÉGION OU HORS REGION (NOUVEAU REGIME) D’ORIGINE**

**INTERNAT DE SPÉCIALITÉ**

**AVIS DU DIRECTEUR DE L’UFR DE LA RÉGION D’ORIGINE**

Demande de stage hors Interrégion ou hors région (DES nouveau régime) d’origine :

de Mme/Mr

interne inscrit(e) dans le DES de :

demande de stage d’internat dans la subdivision de :

Pour le semestre de à

**AVIS DU DIRECTEUR DE L’UFR DE LA RÉGION**

**OU DE LA SUBDIVISION (nouveau régime) D’ORIGINE** :

Demande : 🞎 accordée 🞎 refusée

Nom du directeur de l’UFR :

Date :

Cachet et signature :